

PATIENTEN- SCREENINGBOGEN

Komorbiditäten bei Psoriasis

Sehr geehrte Frau Doktor!
Sehr geehrter Herr Doktor!

Dieser Fragebogen für Patienten soll Sie unterstützen etwaige Komorbiditäten bei Psoriasis-Patienten leichter zu detektieren. Er ist so gestaltet, dass Patienten die Fragen selbständig beantworten können und Ihnen zur Begutachtung übergeben.

Die Auswertung erfolgt mit Augenmerk auf die mit „JA“ beantworteten Fragen – hier sollte eine Abklärung beim jeweiligen Facharzt erwogen werden.

Die Tabelle zum Screening von Depressionen erfolgt nach folgendem Auswertungsprinzip:

- Die Summe der angekreuzten Antworten (gesamt 0 – 25) wird mit 4 multipliziert.
- Das Ergebnis 0 bedeutet „schlechtes Wohlbefinden“ und 100 „bestes Wohlbefinden“.
- Ab einem Wert unter 50 sollten Patienten beobachtet werden, ab einem Wert von unter 28 werden weitere Maßnahmen empfohlen, z.B. Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie.

FRAGEBOGEN zu Begleiterkrankungen bei Psoriasis

Sehr geehrte/r Patient/In!

Psoriasis ist nicht nur eine Hauterkrankung. Bestimmte andere Erkrankungen (Bluthochdruck, Zuckerkrankheit etc.) treten gehäuft bei Patienten mit Psoriasis auf.

Helfen Sie, Ihre diesbezüglichen persönlichen Risiken besser einzuschätzen, indem Sie diesen Fragebogen korrekt ausfüllen.

1. ALLGEMEINE DATEN

Name _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Wie häufig trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich regelmäßig

Wieviel pro Woche? _____

Rauchen Sie? Nichtraucher Ex-Raucher <10 Zigaretten/Tag ≥10 Zigaretten/Tag

2. PSORIASIS-VORGESCHICHTE

Wann hat die Psoriasis begonnen?

- Kindheit (bis 12. Lebensjahr)
- Jugendalter (13. bis 18. Lebensjahr)
- Frühes Erwachsenenalter (19. bis 40. Lebensjahr)
- Mittleres Erwachsenenalter (41. bis 60. Lebensjahr)
- Spätes Erwachsenenalter (> 60. Lebensjahr)

Nehmen Sie derzeit Medikamente? Ja Nein

Welche? _____

Gab es bereits Vortherapien? Ja Nein

Welche? _____

Ist eine Krebserkrankung bekannt? Ja Nein

Welche? _____ Zeitpunkt der Diagnose: _____

3. GELENKSENTZÜNDUNG

Haben Sie oder hatten Sie jemals gerötete, geschwollene oder schmerzhafte Gelenke bzw. Sehnenansätze?

Nein

Ja

Fühlen sich die Gelenke nach dem Aufwachen morgens steif an?

Nein

Ja

4. HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN

Leiden Sie unter Bluthochdruck?

Nein

Ja

Hatten Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?

Nein

Ja

Leiden Sie unter Kurzatmigkeit bei körperlicher Anstrengung?

Nein

Ja

5. STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Wurden bei Ihnen jemals erhöhte Blutzuckerwerte festgestellt?

Nein

Ja

Wurden bei Ihnen jemals erhöhte Blutfettwerte (Cholesterinwerte/Triglyzeride) festgestellt?

Nein

Ja

6. CHRONISCH-ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN

Leiden Sie öfter unter Durchfall?

Nein

Ja

Haben Sie öfter starke Bauchschmerzen?

Nein

Ja

7. DEPRESSIONEN

Zutreffendes bitte ankreuzen

In den letzten beiden Wochen	die ganze Zeit	meistens	über die Hälfte der Zeit	weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
habe ich mich aktiv und voller Energie gefühlt	5	4	3	2	1	0
habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Meine Gesamtpunkte: _____

Quelle: adaptiert nach Psychother Psychosom 2015;84:167–176, March 28, 2015

Dieser Fragebogen wurde unter der wissenschaftlichen Leitung von OA Dr. Leo Richter und Dr. Katharina Wippel-Slupetzky erstellt.